

**FORMULARIO PARA REGISTRO**
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
 Para Actividad Docente Asistencial

FL-DOA-07

N° 02

 Sr /Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
 (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

 o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
 (1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

 En calidad de . \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)
**INFORMACIÓN GENERAL**

En concordancia con su misión de contribuir al desarrollo del área de la salud y sus futuros actores, es que HCVM (Hospital Clínico Viña del Mar) ha celebrado Convenios de Colaboración Docente Asistencia de pre-grado (Ver Cuadro listado de convenios vigentes) con Universidades acreditadas, Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica sobre actividad docente asistencial para el desempeño de la práctica profesional o internados de estudiantes de carreras de salud.

Para ello, HCVM cuenta con Programas Docentes Asistenciales específicos para cada carrera, con el objetivo de regular las actividades a desarrollar por los estudiantes, velar por la seguridad de los pacientes, el respeto a sus derechos y demás condiciones de trato digno del paciente y usuarios. Los estudiantes estarán en todo momento bajo la supervisión de los profesionales y tutores docentes.

De acuerdo a la Ley de Derechos y Deberes de los Paciente N°20.584, usted puede libremente aceptar o rechazar esta actividad sin mediar explicación, su atenciones se realizarán con la misma calidad y seguridad.

**Cuadro: Listados de Convenios docentes asistenciales vigentes en HCVM**

Carrera	Casa de estudios	Servicio	Tipo de Pacientes	Vigente
Internos de Medicina (7° año)	Universidad Andrés Bello	UPC-A, Servicio Médico Quirúrgico y Centro Médico	Hospitalizados y ambulatorios	SI
Internos/as Obstetricia	Universidad Andrés Bello	Maternidad y Nursery	Hospitalizados	SI
TENS (Práctica profesional)	CFT Duoc, IP AIEP, CFT Santo Tomas, CTF U de Valparaíso	Todos servicios de hospitalización, Pabellón, Centro Médico y Diagnóstico, Urgencia y Esterilización.	Hospitalizados y Ambulatorios	SI
Tecnologías médica (Práctica profesional)	Universidad Andrés Bello	Imagenología, Medicina Nuclear y Otorrinolaringología	Hospitalizados y Ambulatorios	SI
Kinesiología (Práctica profesional)	Universidad Andrés Bello y Universidad Santo Tomas	Gimnasio de Rehabilitación	Ambulatorios	SI

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Para Actividad Docente Asistencial

FL-DOA-07

N° 02

### DECLARO:

Que se me ha explicado que existe un Convenio Docente Asistencial en el Hospital Clínico Viña del Mar, que otorgan atenciones supervisadas en servicios a los pacientes hospitalizados y ambulatorios en diferentes Unidades del Hospital Clínico Viña del Mar, y en tales condiciones **CONSIENTO Y ACEPTO** ser atendido, por estudiantes en práctica profesional bajo la estricta supervisión de los profesionales de HCVM, según corresponda mi atención.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

### RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO la atención directa o indirecta de estudiantes de pre grado en convenio, con fecha \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

### REVOCACION:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento de atención en modalidad Docente Asistencial con fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a ser atendido por estudiantes en práctica profesional durante mi atención, bajo la estricta supervisión de los profesionales de HCVM.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_